

一般不妊治療助成金請求書

年 月 日

潟上市長 様

（請求者）

住 所 潟上市

氏 名

電話番号 () -

一般不妊治療助成金に係る受診等証明書及び院外処方薬に係る薬局の領収書を添えて、次のとおり請求します。

対象者氏名	夫		年 月 日生（ 歳）
	妻		年 月 日生（ 歳）
不妊治療自己負担額	医療機関自己負担分	①	円
	院外処方自己負担分	②	円
	他の法令等による助成金や交付金	③	円
請求金額	①＋②－③ 円		
請求者の振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	
	預金種目	☐ 普通 ☐ 当座	
	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義		